

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES

**Hémorragies intra-péritonéales
non gravidiques
de cause ovarienne**
Les hémorragies folliculaires et lutéïniques

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le lundi 3 juillet 1939

PAR

MICHEL DEVILLER

né à Port-Vendres (Pyrénées-Orientales) le 14 mars 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. RICHE, Professeur, *Président*.
BOUDET, Professeur.
ETIENNE, Professeur.
BROUSSY, Docteur.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel

1939

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES HEMORRAGIES INTRA-PERITONEALES
NON GRAVIDIQUES DE CAUSE OVARIENNE

LES HEMORRAGIES FOLLICULAIRES
ET LUTEINIQUES

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES

**Hémorragies intra-péritonéales
non gravidiques
de cause ovarienne**

Les hémorragies folliculaires et lutéiniques

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le lundi 3 juillet 1939

PAR

MICHEL DEVILLER

né à Port-Vendres (Pyrénées-Orientales) le 14 mars 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	MM. RICHE, Professeur, <i>Président.</i>	<i>Assesseurs</i>
	BOUDET, Professeur.	
	ETIENNE, Professeur.	
	BROUSSY, Docteur.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel

1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

	MM.
Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL J.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU ass.
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie-maxillo-faciale	TERRACOL
Radiologie	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS,
CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD.

Chargés de cours complémentaires

	MM
Histoire Naturelle Médicale	HARANT, D ^r
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	ROUX, agr.
Accouchements	N...
Stomatologie	FERRIER, Dr.

Agrégés en exercice

	MM.
Médecine	JANBON
	BAUMEL
	P. RIMBAUD
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
	LAFON, ch. d'agr.
Chirurgie ..	AIMES
	MOURGUE-MOLINES
Bactériologie	GUIBAL
Chimie.....	ROUX
	CARRERE
	MONNIER, ch. d'agr.
Obstétrique ..	CADERAS de KERLEAU
	chargé d'agrégation

Examineurs de la thèse

MM. RICHE, prof., *président*. MM. ETIENNE, professeur.
BOUDET, professeur. BROUSSY, Docteur.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

*Dont la vie fut pour moi un premier
exemple de droiture,*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage de mon immense
amour filial et de mon infinie recon-
naissance pour toutes les peines et les
sacrifices que son amour maternel, iné-
puisable, s'est imposé pour moi.*

A MA SŒUR

*L'amitié qu'elle m'a prouvée en toute
occasion, pendant le cours de mes étu-
des, l'assure de mon inaltérable affec-
tion et de ma très affectueuse recon-
naissance.*

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
M. LE PROFESSEUR RICHE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

*Qui m'a inspiré ce travail et m'a fait
le grand honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse. Hommage de ma
profonde gratitude et de ma respec-
tueuse admiration.*

A M. LE PROFESSEUR BOUDET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE MÉDECINE DES ENFANTS
ET D'HYGIÈNE DU PREMIER ÂGE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Remerciements et respectueux hommages.

A M. LE PROFESSEUR ETIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

*Dont l'enseignement nous a laissé un
si vivant souvenir.
Respectueux hommage.*

A M. LE DOCTEUR BROUSSY

Sentiments de respectueuse amitié.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

AUX DOCTEURS DE L'HOPITAL St-JEAN
DE PERPIGNAN

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES CAMARADES D'ETUDE ET AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

LES HÉMORRAGIES INTRA-PÉRITONÉALES NON GRAVIDIQUES DE CAUSE OVARIENNE

LES HÉMORRAGIES FOLLICULAIRES ET LUTEINIQUES

INTRODUCTION

« L'abdomen aigu », suivant l'expression employée couramment, peut présenter bien des tableaux cliniques différents. Et que de fois le médecin se trouve embarrassé. Doit-il poser l'indication opératoire ? Doit-il au moins confier le malade au chirurgien ?

Parmi tous ces grands drames abdominaux, il en est un hélas trop fréquent, où l'on voit de malheureuses femmes, jeunes le plus souvent, saignées à blanc en quelques heures : nous voulons parler de la rupture cataclysmique d'une grossesse extra-utérine.

Malheureusement ce tableau n'est pas toujours aussi schématique, que de fois il est plus larvé : plus sournois dans son apparition comme dans l'hématocèle, ou bien encore prenant des formes trompeuses (formes pseudo-salpingiennes, pseudo-occlusives, pseudo-appendiculaires) ; néanmoins il est rare en somme que l'on ne pense pas du tout à la grossesse extra-utérine devant un syndrome abdominal aigu chez une femme ; et l'on connaît alors toute la valeur que l'on doit accorder à un interrogatoire bien fait, tout le prix que l'on doit attacher à des symptômes en apparence

peu importants, à un simple petit retard des règles, à une légère interruption suivie de pertes plus ou moins noirâtres, en bref « à un simple saignement irrégulier » suivant l'expression de Mondor. Et alors il n'en faut pas plus ; notre diagnostic est fait, l'urgence est formelle, sans perdre une minute, il faut confier cette malade au chirurgien et intervenir le plus rapidement possible. Ce n'est qu'au prix d'une intervention chirurgicale immédiate qu'on pourra sauver cette malade et nous ne voulons pour preuve que les éloquentes statistiques qui sont publiées chaque jour un peu partout.

Aussi bien voudrions nous maintenant attirer l'attention sur un groupe de faits cliniques situés à la frontière des faits physiologiques et pathologiques, évoluant en dehors de toute gravidité, ayant cependant un point de départ génital et pouvant donner le même tableau clinique : nous voulons parler des hémorragies de l'ovaire en dehors de toute gravidité, se faisant jour dans la cavité abdominale.

*
**

REMARQUE. — Nous tenons à faire dès maintenant une remarque capitale, c'est que bien que peu nombreuses cependant, nous n'étudierons toutefois pas toutes les hémorragies de l'ovaire évoluant en dehors de toute gravidité ; mais nous nous attacherons uniquement à une partie d'entre elles, la plus intéressante à notre avis, puisqu'elles existent presque à l'état normal et qu'il y a toute une gamme de transitions entre le normal et le pathologique. C'est pourquoi nous laisserons complètement dans l'ombre tous les kystes de l'ovaire, tous les kystes hématiques de l'ovaire et en particulier tous les endométrïomes de l'ovaire qui sont bien

souvent la source de telles hémorragies, pour nous attacher uniquement à l'étude des hémorragies pouvant prendre naissance au niveau du follicule de De Graaf.

Nous voyons donc déjà tout l'intérêt de la question que nous allons essayer d'exposer dans les pages qui suivent, question que l'Ecole de Montpellier avec DE ROUVILLE a déjà depuis longtemps mis en valeur :

- Dans un premier chapitre, nous ferons un bref rappel des transformations mensuelles de l'ovaire.

— Dans le deuxième chapitre, nous aborderons l'étude proprement dite de ces hémorragies ovariennes évoluant en dehors de toute gravidité : les hémorragies folliculaires et lutéïniques.

- Enfin dans le dernier chapitre, nous rapporterons une observation inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur RICHE et recueillie dans son service chirurgical à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

CHAPITRE PREMIER

« LES OVAIRES ONT LES REGLES AUSSI BIEN QUE L'UTERUS »

C'est par cette formule imagée, que nous apprenons à Hugo ROTH, que nous voulons aborder le chapitre physiopathologique concernant l'évolution des ovaires, voulant ainsi montrer d'emblée que durant le cycle menstruel d'importantes transformations, se font non seulement dans l'utérus, mais aussi au niveau de l'ovaire. Et c'est ici que le laboratoire doit donner la main à la clinique, car ce n'est qu'en suivant pas à pas l'évolution histologique que l'on pourra comprendre la genèse des faits cliniques.

Les Follicules primordiaux?

On sait en effet que l'épithélium germinatif de l'ovaire donne naissance aux cordons de VALENTIN-PFLÜGER, qui donneront ultérieurement des nodules individualisés par un ovule: les follicules. Mais ce mécanisme ne va fonctionner que pendant un certain temps, jusque vers la fin de la deuxième année seulement (WALDEYER). A partir de ce moment là, les ovisacs cessent en effet de se constituer et leur nombre ira sans cesse en diminuant. Et précisément il

est à la fois intéressant et angoissant de voir que dès l'âge de 2 ans, toute la vie génitale d'une femme est en quelque sorte, tracée, définie, « en puissance » puisqu'aussi bien toute la « matière première » est déjà formée et qu'il ne s'en fabriquera plus jamais.

Bien plus s'il y a beaucoup d'appelés, il y a peu d'élus — pourrait-on dire — puisque nous allons voir que beaucoup de follicules primordiaux vont se perdre en chemin et n'iront pas jusqu'au bout de leur mission. A la fin de la deuxième année on peut en compter de 300 à 400.000 ; à la puberté il n'en reste déjà plus que 30 ou 40.000 et pendant toute la durée de la vie génitale 3 ou 400 seulement deviendront des follicules de DE GRAAF.

C'est alors qu'il faudrait nous étendre sur l'ovogénèse proprement dite pour montrer comment progressivement, le follicule primordial, par les étapes de multiplication et de grand accroissement arrive enfin au stade de follicule de DE GRAAF. Mais ce serait nous éloigner trop de notre sujet. Qu'il nous suffise de dire que tous les 15 jours environ, un tel follicule arrive à maturation.

Comment se présente-t-il alors ?

Le follicule de DE GRAAF

Il est essentiellement constitué par, au centre l'ovocyte ou futur œuf entouré de la membrane pellucide, de la corona radiata qui, sous le nom de cumulus proliger fait saillie dans le liquor folliculi: celui-ci est un liquide albumineux, provenant de la fonte des cellules folliculeuses centrales. A la périphérie nous avons des cellules folliculeuses avec les deux thèques : la thèque interne cellulaire et la thèque externe fibreuse.

Tel est le schéma d'un follicule de DE GRAAF mûr, qui se trouve à la périphérie de l'ovaire, ovaire qui est lui-même

revêtu par un épithélium germinatif et qui a son centre occupé par un stroma très vascularisé.

L'ovulation :

C'est alors que vers le 15^e jour de la période intermenstruelle va se produire une opération capitale : la ponte ou ovulation.

L'ovulation, en effet, chez la femme est un phénomène rythmique qui se produit tous les 28 jours et qui précède la menstruation d'environ 12 jours et qui a pour résultat l'évasion d'un ovule et son transport dans la matrice en vue d'une fécondation possible.

Nous ne nous étendrons pas sur les phénomènes nucléaires qui ont pour résultat la réduction chromatique et qui se traduisent par l'émission de deux globules polaires, transformant ainsi l'ovocyte de premier ordre en œuf mûr ou ovotide prêt à être fécondé.

Nous voulons seulement ici nous attacher aux phénomènes macroscopiques de cette ponte ovulaire pour en souligner surtout le caractère hémorragique.

L'ovule ainsi au terme de sa croissance émet donc dans l'ovisac son premier globule polaire. A ce moment-là, à la surface de l'ovaire, l'ovisac fait saillie. C'est une masse transparente, gélatineuse, du volume d'une petite cerise. A son pôle supérieur on peut distinguer une petite tâche pâle, c'est là que s'effectuera la rupture. Il y a là, en effet, une zone faible : la thèque interne y fait défaut et les vaisseaux sanguins s'arrêtent à son pourtour en l'encadrant d'un réseau vasculaire. C'est la couronne périmaculaire. Ce réseau vasculaire est assez important et lors de la déchirure il donnera naissance à une petite hémorragie en nappe d'une certaine importance, même à l'état normal, fait que nous soulignons.

Quelle est d'ailleurs la cause de cette déhiscence ovulaire ? Elle est en somme mal connue, avouons-le. Pour les uns ce serait la tension du liquor folliculi par suite de son augmentation qui serait le « primum movens », pour les autres ce serait la congestion des vaisseaux ovariens, congestion des grosses veines du plexus ovarien qui aboutirait encore à l'accroissement de la tension intérieure de l'ovisac. On voit donc encore, à cette phase de l'évolution du follicule : la rupture, toute l'importance du processus vasculaire.

Le follicule éclate donc et laisse sortir l'ovule entouré des débris épithéliaux du cumulus proliger, par un orifice arrondi, de 1 mm. de diamètre (LÉOPOLD). La masse expulsée s'étale à la surface de l'ovaire « comme une coulée de lave » ayant plus ou moins l'aspect d'un petit caillot sanguin. A la place de la dépression irrégulière laissée par le départ de l'ovule on voit un caillot sanguin qui forme le « bouchon obturateur ». Ce bouchon reste inclus en majeure partie dans l'ovisac et tandis que sa partie externe va dégénérer peu à peu, puis disparaître en laissant seulement une zone pigmentée, sa partie interne va donner naissance au corps jaune.

Le Corps jaune menstruel :

Nous n'envisagerons d'ailleurs ici que le corps jaune menstruel et nous laisserons de côté le corps jaune de grossesse.

L'ovule une fois expulsé, avons-nous dit, c'est un caillot sanguin qui occupe sa place ; l'orifice de la déchirure se rétrécit, les parois se rétractent un peu et les cellules folliculeuses demeurées dans l'ovisac grossissent, en se chargeant de graisse et de pigment.

10 jours après la déhiscence de l'ovule, le corps jaune atteint déjà de 15 à 20 mm. En un point, on trouve un noyau

hématique et tout autour des lobes cellulaires séparés par des travées, véritables lames porte-vaisseaux de capillaires, qui vont organiser le caillot sanguin central.

Enfin, comme la vie de ce corps jaune menstruel est éphémère, peu à peu arrive la période de régression, au caillot sanguin se substitue du tissu fibreux, les éléments diminuent de taille, perdent graisse et pigment, tandis que les vaisseaux s'atrophient. Finalement le corps jaune menstruel passe à l'état de cicatrice.

L'importance du facteur vasculaire

Tel est le schéma rapidement esquissé de l'évolution menstruelle du follicule de De Graaf lors de la maturation aboutissant d'abord à la ponte ovulaire, puis à la formation du corps jaune menstruel ensuite.

En somme, le point que nous voulons particulièrement souligner dans ces diverses phases évolutives, c'est surtout l'importance — même à l'état normal — du facteur vasculaire. Lors de la ponte, nous avons vu se former un caillot sanguin qui va partir avec l'ovule; et c'est précisément une partie de ce caillot qui va s'organiser pour devenir le corps jaune; au début ce corps jaune n'est en somme qu'un petit hématome. De plus, par quel mécanisme se fait le plus vraisemblablement cette déhiscence folliculaire, sinon par la turgescence des vaisseaux du bulbe de l'ovaire? par congestion des grosses veines du plexus ovarien, qui exercent une pression excentrique sur la couche ovigène?

Bref, même à l'état normal, lors de l'ovulation et de la formation du corps jaune, les phénomènes vasculaires jouent un rôle important au niveau de l'ovaire,

Les différentes variétés d'hémorragies

Aussi bien, nous imaginons sans peine que pour peu que nous quittions légèrement, très légèrement, le domaine du normal pour entrer dans celui du pathologique, nous aurons des phénomènes vasculaires décuplés; que les capillaires de la thèque, traversant la granuleuse, se dilatent un peu plus que de coutume et voilà presque à la limite des conditions physiologiques, normales cependant, la source d'hémorragies plus ou moins abondantes?

On sait bien alors dans ce passage progressif du normal au pathologique, toute la gamme d'hémorragies qui peuvent se produire dans le péritoine.

De plus, certains auteurs, comme Hugo ROTH, ont précisé encore un point intéressant, qui est le suivant : si par hasard le petit hématome constitué par un follicule hématique ne se rompt pas dans la cavité abdominale, que devient-il ? Va-t-il se résorber purement et simplement ?

Eh bien ! justement non ! D'après certains, en particulier d'après un auteur anglais Hedley, un microbe le staphylocoque blanc va l'envahir, sous l'influence de cette petite inflammation il va se former réactionnellement des adhérences péritonéales péri-ovariennes qui empêcheront à leur tour la rupture d'autres follicules. Il va alors se former une masse kystique, sanguine, de plus en plus importante qui finira bien, tôt ou tard, par se rompre, en donnant lieu à une hémorragie plus importante cette fois. On comprend ainsi tout le mécanisme de ce véritable cercle vicieux.



En résumé

L'évolution menstruelle du follicule de DE GRAAF, nous montre qu'étant donné l'importance du processus vasculaire à son niveau, si normalement il ne se produit qu'un petit suintement sanglant sans aucune manifestation clinique bruyante, il suffit de bien peu, dans certaines conditions à peine pathologiques, pour que se produisent des hémorragies plus ou moins importantes et cela en dehors de toute gravidité.

Ces hémorragies pourront donc avoir un point de départ soit folliculaire, soit lutéinique, appellations destinées à bien montrer le point de départ différent, soit follicule mûr, soit corps jaune menstruel.

Ayant donc esquissé la physiologie, nous osons à peine dire la physio-pathologie, de ces hémorragies folliculaires et lutéiniques, nous allons maintenant en exposer les aspects cliniques.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE DES HÉMORRAGIES FOLLICULAIRES ET LUTEINIQUES DE L'OVAIRE

L'étiologie de ces hémorragies folliculaire ou lutéïniques est bien mal connue.

A) CONDITIONS D'APPARITION :

— *Le système nerveux* paraît pour certains auteurs jouer un rôle favorisant assez important et nous insisterons en particulier sur le rôle du psychisme. Il est hors de doute que le « terrain nerveux » est une cause prédisposante ; en effet, on rencontrera de telles manifestations, souvent chez des névropathes, des suggestionnables en général et des obsédées sexuelles en particulier.

— *Les causes mécaniques* ont été bien mises en lumière par certains auteurs. En particulier on a invoqué une pathogénie assez curieuse, qui est la suivante : on a voulu faire jouer un rôle aux variations de la tension intrapéritonéale ; à quoi serait due cette modification de pression ? Parfois à des changements de volume d'autres organes abdo-

minaux, comme un gros foie, une grosse rate, mais le plus souvent à un effort brutal et prolongé ayant toujours une répercussion sur l'équilibre intra-abdominal : comme dans la défécation laborieuse, dans l'effort « glotte fermée » qui bloque le thorax, dans le coït. Enfin, il est hors de doute que le choc banal, soit direct — le trauma atteint l'abdomen soit indirect — le sujet fait lui-même une chute, — peut déclencher une de ces hémorragies, qui n'attendait qu'une « chiquenaude » pour faire issue dans la cavité abdominale.

Enfin, il est un grand nombre de causes favorisantes qui sont certaines, nous voulons parler de toutes les modifications pathologiques de l'ovaire prédisposant aux kystes hémomatiques soit folliculaire soit lutéïniques. C'est surtout l'ovarite scléro-kystique que nous aurons en vue ici. Qu'il nous suffise de rappeler que dans cette affection on rencontre également de petits kystes, soit clairs : transformation kystique de follicules de DE GRAAF, soit brunâtres, d'origine lutéïnique et l'on comprendra sans peine qu'il suffit que ces petites cavités se remplissent de sang pour être la source possible d'hémorragies.

— Enfin les anomalies vasculaires au niveau des ovaires prédisposent évidemment aux hémorragies, et il en est de même des diathèses hémorragiques (hémophilie — hémogénie) pouvant encore être accrues dans certains cas (anémie, variole, etc..)

Mais au demeurant, il faut avouer franchement que si certaines de ces hypothèses pathogéniques sont assez séduisantes, elles sont bien loin de tout expliquer, puisqu'aussi bien la plupart de ces hémorragies internes d'origine ovarienne ont une étiologie encore bien obscure.

B. — L'ÂGE :

L'âge joue également son rôle en ce sens que ces hémorragies se produisent plus volontiers en pleine activité génitale.

MARX rapporte un cas survenu chez une jeune fille de 20 ans ; SAMPSON cite 23 cas dont la plupart étaient âgés d'une trentaine d'années ; nous-même rapportons le cas d'une jeune fille âgée de 16 ans.

C'est donc surtout chez des femmes jeunes que l'on rencontre ces affections, soit chez des jeunes filles, soit chez des jeunes femmes avec un maximum autour de la trentième année.

*
**

Après avoir donc donné un rapide aperçu de l'étiologie encore bien obscure de ces hémorragies ovariennes, nous allons maintenant en exposer les différents aspects cliniques.

CHAPITRE III

LES SYMPTOMES DES HÉMORRAGIES FOLLICULAIRES ET LUTEINIQUES

Les hémorragies ovariennes folliculaires et lutéiniques évoluant en dehors de toute gravidité peuvent revêtir de nombreux aspects cliniques, cependant il semble que l'on puisse, un peu schématiquement peut-être, les ramener à trois types principaux :

- soit le tableau de la grande hémorragie interne,
- soit le tableau de la petite hémorragie à minima,
- soit enfin le tableau de l'hémorragie légère, qui est le plus fréquent.

I. — LA GRANDE HÉMORRAGIE INTERNE :

Dans ce cas, bien souvent le diagnostic ne sera pas fait et on interviendra avec celui de grossesse extra-utérine rompue ; nous serons ici en présence de signes cliniques identiques à ceux de l'hémorragie cataclysmique de Barnes : c'est, en effet, aussi une malheureuse jeune femme saignée à blanc en quelques heures, avec un pouls filant et petit, un Douglas légèrement douloureux, et contrastant avec ce ta-

bleau impressionnant, on constate seulement un ventre « un peu ballonné, un peu tendu », c'est bien de la tension et non pas de la contracture.

L'hémorragie interne ne provoque pas en général de la contracture comme le dit bien MONDOR.

AUMONT, COTTE et PALLOT, CREYSEL et COLSON, FOURNIER, DUCHET-SUCHEAUX ont rapporté des cas semblables : le diagnostic primitif en général n'a été rectifié qu'une fois l'abdomen ouvert; mais le mal n'était pas grand puisqu'heureusement l'indication opératoire d'urgence avait été portée.

A côté de cette hémorragie suraiguë évoluant en quelques heures, il faut faire place à l'hémorragie distillante, continue, qui peut entraîner à la longue une anémie très importante, se traduisant surtout par des épisodes syncopaux à répétition et peu de signes abdominaux : pesanteur, tiraillements, tenesme rectal, douleur à la miction; nous voulons parler de l'hématocèle rétro-utérine. Ici encore le tableau sera identique à celui de l'hématocèle consécutive à une rupture de grossesse extra-utérine.

DE ROUVILLE, JAYLE, KYNOCH en ont rapporté des cas typiques.

En résumé :

Nous devons dire que lorsque ces hémorragies ovariennes se traduisent par de tels tableaux cliniques, anémie interne suraiguë ou hématocèle rétro-utérine, bien souvent le diagnostic exact ne sera pas fait d'emblée, mais à cela il y a peu d'importance puisque l'intervention chirurgicale d'urgence aura été décidée.

II. — TABLEAU DE L'HÉMORRAGIE « A MINIMA » :

Ici l'intérêt vient précisément de ce que nous sommes à la frontière des faits physiologiques normaux et pathologiques.

Il s'agit cliniquement d'une légère exagération des phénomènes subjectifs, d'ailleurs si variables suivant les femmes, éprouvés normalement à chaque époque : douleurs vagues, mal définies apparaissant dans le bas ventre un peu avant les règles ou bien, fait nouveau, dans l'intervalle.

A l'examen de l'abdomen on constate seulement un peu de sensibilité ovarienne et le toucher réveille à bout de doigt une légère douleur dans un des culs-de-sac vaginaux. Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre ; quelques degrés de plus et le tableau clinique, si les signes siègent à droite, peut en imposer fort bien pour une appendicite subaiguë avec vomissements et dans la fosse iliaque droite : douleurs et défense.

MARX signale que quelquefois au cours de laparotomie pour appendicite où les lésions appendiculaires paraissent minimales, il a eu la surprise de trouver de simples phénomènes congestifs ovariens.

L'un de nous a eu encore récemment l'occasion, au cours d'une laparotomie pour appendicite subaiguë, de vérifier ce fait.

Mais il importe de souligner qu'en général ces simples phénomènes congestifs ovariens ne se traduisent pas par des signes de réaction péritonéale, en imposant pour une appendicite subaiguë, s'ils siègent à droite ; il y a tout simplement un peu de sensibilité ovarienne, en somme une simple et légère exagération des douleurs physiologiques propres aux époques menstruelles.

III. — HÉMORRAGIE LÉGÈRE ET MOYENNE :

D'emblée précisons qu'ici le tableau clinique est des plus intéressants ; il peut nous faire hésiter dans notre diagnostic ; si les lésions siègent à droite s'agit-il oui ou non d'une appendicite aiguë ?

En effet, dans ce cas, comme nous l'avons vu, au niveau de l'ovaire, il se produit une congestion tellement intense qu'elle aboutit à de petites hémorragies ; mais contrairement à ce que l'on pourrait attendre cette fois, le péritoine va réagir ; ici cette petite hémorragie interne va se traduire par des signes péritonéaux assez intenses, la contracture va se faire sentir à la main qui palpe attentivement et méthodiquement. C'est là un point capital sur lequel nous voulions tout d'abord insister.

Aussi bien comment se présentent en clinique ces malades ?

Ce sont des jeunes filles ou des jeunes femmes, qui prétendent ressentir depuis quelque temps de légères douleurs dans le bas-ventre, entre leurs règles ou un peu avant et qui brusquement depuis quelques heures ou quelques jours accusent une recrudescence nette et persistante de ces douleurs.

Dans notre interrogatoire nous apprenons qu'elles sont toujours bien réglées, qu'elles ont eu leur dernière époque à une date normale et qu'elles attendent la prochaine dans 8, 10, 14 jours environ.

Par ailleurs aucune perte anormale.

A l'examen nous constatons les signes suivants : l'inspection nous révèle un ventre qui respire plus ou moins bien, suivant l'importance des lésions ; la palpation nous permet

de sentir l'atteinte nette du péritoine, traduite par la contracture, « habiuellement, comme dit MONDOR, cette contracture a des degrés ; ici contracture relativement facile à vaincre, ici contracture inflexible, empêchant toute recherche plus profonde. Depuis la résistance atténuée et segmentaire jusqu'au ventre de bois, tous les degrés existent ».

Au toucher vaginal nous pouvons réveiller une douleur à bout de doigt dans un des culs-de-sacs, à gauche ou à droite ; on peut fort bien constater la positivité d'un signe de ROWSING ou de JACOB.

Par ailleurs la malade peut accuser quelques vomissements et une douleur subjective persistante.

La température n'est pas, en général, modifiée, 37°5 — 37°8, tandis que le pouls est en règle générale très augmenté, il bat à 90, 100, 110 pulsations par minute.

En bref ce qui n'échappera pas à notre main ce sera surtout le « super-signe » de FORBES MAWKES, le « signe le plus digne de foi » de PAYR, nous voulons parler de la contracture vraie de la paroi abdominale. Aussi si les signes cliniques que nous venons d'énumérer prédominent à droite, nous ferons appel aussitôt au chirurgien, car « quand la contracture est là, dit encore MONDOR, il n'est plus temps de contreverser, l'heure des consultations jacassières est passée, c'est de toute certitude l'heure du bistouri ».

Et deux fois sur dix, c'est avec le diagnostic d'appendicite aiguë que nous interviendrons... Ce n'est que une fois le péritoine ouvert, que nous pourrions rectifier notre diagnostic..

Mais alors, pour agir avec plus de certitude, ce qui a d'ailleurs peu d'importance, mais qui donnerait satisfaction à notre esprit, aurions-nous pu mieux étayer notre diagnostic?

En vérité cela semble assez difficile ; mais il est certain qu'en présence de tout « abdomen aigu » survenant chez une

jeune fille ou une femme jeune en pleine activité génitale, il faut s'attacher à faire préciser jour par jour non seulement la date des dernières règles, mais encore la date présumée du retour des prochaines, pour voir si justement la malade ne se trouve pas entre le 15^e et le 28^e jour, période de prédilection de ces hémorragies. Dans ce cas là, on peut penser à la possibilité d'hémorragie ovarienne, évoluant en dehors de toute gravidité, mais sans que l'on puisse porter évidemment un diagnostic affirmatif.

PIVOTEAU et MERLE, dans leur thèse inaugurale ont d'ailleurs rassemblé diverses observations qui toutes montrent bien la difficulté du diagnostic préopératoire.

En résumé dans le tableau clinique de ces hémorragies légères d'origine ovarienne, nous voulons particulièrement souligner ici deux points importants :

1° l'hémorragie interne, certes peu abondante, produite au niveau de l'ovaire, se traduit ici par une réaction péritonéale nette, c'est-à-dire par de la contracture.

2° Si cette contracture siège dans la fosse iliaque droite, elle peut donner le change avec une appendicite aiguë.

OBSERVATION CLINIQUE INEDITE

Recueillie dans le service de M. le Professeur RICHE

Le 22 octobre 1938, le Docteur AUSSILLOUX, Chef de Clinique Chirurgicale est appelé auprès d'une jeune fille Octavie A..., âgée de 16 ans, envoyée par M. le Professeur BOUTET. Depuis 6 mois, elle se plaint du bas-ventre, d'une manière presque continue, mais sans crise aiguë, et plus particulièrement au niveau de la fosse iliaque droite.

Il y a deux jours, elle a présenté quelques nausées et une légère exacerbation des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. Enfin la veille, vers 18 heures, elle a présenté un vomissement avec des douleurs encore plus nettes.

Cette jeune fille, a toujours eu des règles normales, bien régulières, non douloureuses, les dernières remontent au 28 septembre dernier et les prochaines doivent donc venir dans huit jours environ. Aucune perte anormale.

A l'examen de l'abdomen, le ventre respire bien; il présente une contracture modérée au niveau du point de Mac BURNEY. Le signe du psoas est positif, celui de ROWSING est négatif.

Au toucher rectal on ne sent pas de masse annexielle ni de bombement du Douglas, mais on réveille une douleur nette du côté des annexes droites.

Le toucher vaginal ne peut être fait.

La température est de $37^{\circ}7$, le pouls bat à 108.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë et on intervient sous anesthésie générale à l'éther.

1° Incision classique de Mac BURNEY : dès l'ouverture du péritoine on voit jaillir un liquide séro-sanglant abondant. On extériorise le cæcum, on découvre l'appendice qui paraît sain, mais on l'enlève cependant.

On referme en trois plans et l'on réintervient aussitôt ;

2° incision médiane sous-ombilicale.

On trouve alors en arrière du ligament large droit, l'ovaire droit, présentant une zone kystique déchirée, du volume d'une grosse prune et d'où s'écoule encore un peu de sang. On pratique une annexectomie droite sans incident. Fermeture de la paroi.

Le 6 novembre 1938, c'est-à-dire 15 jours après, cette jeune malade quitte le service en parfait état.

L'examen histologique d'un fragment malade de l'ovaire enlevé, effectué par M. le Docteur GUIBERT, a montré que l'on était en présence de petits kystes hématiques folliculaires et lutéïniques.

CONCLUSIONS

De cette rapide étude des hémorragies intra-péritonéales non gravidiques de cause ovarienne, ayant leur point de départ dans l'évolution du follicule de DE GRAAF, nous voulons dégager les trois points suivants :

1° En dehors de la grossesse extra-utérine il existe des hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale.

2° Parmi ces hémorragies il en est qui ne sont au début que la simple exagération des phénomènes physiologiques normaux et qui peuvent par toute une gamme de transition, devenir de plus en plus pathologiques par leur abondance. Ce sont celles d'origine folliculaire et luthéinique.

3° Dans ce cas les hémorragies légères, qui sont les plus fréquentes, se traduisent surtout par une réaction péritonéale, la contracture qui, lorsqu'elle siège au niveau de la fosse iliaque droite, peut en imposer pour une appendicite aiguë.

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE

- AUMONT. — Kyste hématique de l'ovaire avec inondation péritonéale. *Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris*. Séance du 23 décembre 1922.
- ANGELESCO, CHITZESCO, PETRESCO, POPOVICI. — Quatre observations de kystes hémorragiques des ovaires. *Société de Gynécologie de Bucarest*, février 1933. In *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, n° 4, avril 1938.
- COTTE. — Les syndromes fonctionnels en gynécologie.
- COTTE et PALLOT. — Inondation sanguine péritonéale d'origine folliculaire. *Gynécologie et obstétrique*, mai 1935, tome xxxi.
- CREYSEL et COLSON. — Hémorragie pelvienne intra-péritonéale d'origine ovarienne. *Bulletin Société Obstétrique* 1934, tome xxiii, n° 21.
- DE ROUVILLE. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire micro-kystique présentant des lésions hémolympangiomateuses. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1908.
- DUCHET et SUCHEAUX. — Inondation péritonéale sanguine par kyste de l'ovaire. *La Bourgogne Médicale*, n° 2, février 1933.
- ELSBAY. — Hémorragie dans un kyste thyroïdien et dans un kyste ovarique. In *Annals of Surgery*, tome LI, n° 2. — In *Journal de Chirurgie*, tome IV, p. 520.
- FOURNIER (R.). — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune. *Bulletin Société d'Obstétrique* 1934, tome xxiii, n° 5.
- HALLER. — Hématocèle rétro-utérine d'origine ovarienne. *Bulletin et Mémoire de la Société des Chirurgiens de Paris*, tome xxi, n° 11.
- HEDLEY. — De l'hématome de l'ovaire, *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, tome xviii n° 5, 1910. In *Journal de Chirurgie*, tome VI, p. 123.
- HAMONT et L. GRIMAULT. — Hémorragies intra-péritonéales d'origine annexielle, non gravidiques. A propos de deux observations. *Revue Médicale de l'Est*, 15 février 1934.

- ISIDOR (P.). — Note sur certaines modifications du revêtement épithélial des kystes hématiques de l'ovaire. *Annales d'Anatomie pathologique*, novembre 1936.
- De l'origine folliculaire de certains kystes hématiques endométrioïdes de l'ovaire. *Revue de Gynécologie*, mars 1937.
- JAYLE. — L'hématocèle rétro-utérine par rupture de petits kystes hématiques de l'ovaire. *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*. — Tome XIII, n° 2, In *Journal de Chirurgie*. — Tome III, p. 103.
- KNIG. — Kystes hématiques de l'ovaire à bordure épithéliale. *The Australian et New-Zealand Journal of Surgery*, avril 1933.
- KYNOCB. — Hématocèle pelvienne par rupture d'un kyste sanguin de l'ovaire. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, t. XXIII, 1913.
- MARX. — Hémorragies intra-péritonéales non gravidiques de cause ovarienne. Rapporteur : MOULONGUET, *Académie de Chirurgie*, 8 juin 1938.
- MERIEL. — Dysménorrhée ovarienne par kyste hématique volumineux de l'ovaire chez une fillette de 14 ans. *Société d'Obstétrique de Toulouse*, t. XIII, 1911.
- MERLE. — Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine génital non tubaire. *Thèse Paris* 1929.
- MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen.
- PEDONZOLI. — *Giornale veneto di scienze mediche*, mai 1938. In *Journal de Chirurgie*, janvier 1939.
- PIVOTEAU. — Les formes appendiculaires de l'hématocèle pelvienne. *Thèse Lyon* 1923-24.
- PORTES, Mme LANDRIEU. — Kystes hématiques des ovaires; absence congénitale de communication entre utérus et vagin. *Bulletin Société Gynécologie*, mars 1938.
- RICHE, AUSSILLOUX et CHEYNEL. — A propos d'un cas d'hémorragie intrapéritonéale non gravidique d'origine ovarienne. *Société Médicale de Montpellier, et du Languedoc, séance du 27 janvier* 1939.
- ROTH (Hugo). — Les hémorragies abdominales d'origine ovarienne. *Gynécologie et obstétrique* 1927.
- SAMPSON. — Kystes hématiques perforants de l'ovaire; leur relation avec les adénomes pelviens du type endométritique. *Archives of Surgery* 1921. In *Journal de Chirurgie*, tome XIX, page 249.
- L'histoire des hématomes ovariens (kystes hémorragiques) du type de l'endomètre ou micellerien. *The American Journal of Obstetrics and gynecology* 1922.
- SCHMILT (Marthe). — Les hémorragies intra-péritonéales par rupture d'un kyste folliculaire ou lutéinique hématique de l'ovaire. *Thèse de Paris* 1938.

- TARTANSON. — Les hémorragies et l'hématocèle pelviennes intra-péritonéales sans grossesse ectopique. *Thèse Lyon* 1909.
- WATERS. — Hémorragie dans un kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique. *Journal of the American medical Association*, février 1918. — In *Journal de Chirurgie*, t. xv, page 205.
- ZACHERI. — Hémorragies internes consécutives à la rupture d'un corps jaune. *Archives Grû gynoecologie*, t. c, xix, n° 1, 1924. In *Journal de Chirurgie* 1924.
-

SÉRMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« Contribution à l'étude des
hémorragies intrapéritonéales
non gravidiques de cause ova-
rienne. Les hémorragies follicu-
laires et lutéiniques.

par M. Michel DEVILLER.

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Le Professeur,

Montpellier, le 17 juin 1939,

V. RICHE.

Vu

Montpellier, le 17 juin 1939,

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 20 juin 1939,

Le Recteur,

PARISELLE.

